DE LA

N° 58

FIÈVRE DE DENTITION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 avril 1899

PAR

M. Emmanuel BOTTONE

Né à Nice, le 24 mars 1875

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

MDCCCXCIX

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		N...
Id. Bosc (Ch. du c.)		

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*	MM. RAUZIER, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	RAYMOND, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A mon Père et à ma Mère

Faible témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

Je n'oublierai jamais les sacrifices que vous vous êtes imposés pour moi.

A mes Frères

Tout mon dévouement.

E. BOTTONE.

A mon Oncle le Docteur A. FIGUIERA

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOSPICES CIVILS DE NICE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A tous mes Parents

A tous mes Amis

E. BOTTONE.

A M. le Docteur G. LÈQUES

MÉDECIN-MAJOR DE PREMIÈRE CLASSE — CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

C'est du fond du cœur que je vous dis merci !

A M. le Docteur F. LENOIR

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU XV^{e} CORPS D'ARMÉE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. le Docteur SALTET

MÉDECIN-MAJOR AU 2^{e} GÉNIE

Grâce à vous, je peux aujourd'hui terminer mes études; aussi acceptez l'hommage de ma profonde reconnaissance.

A M. le Docteur BENOIT

MÉDECIN PRINCIPAL — CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Et MM. les Docteurs AUZIAS et BUSQUET

MÉDECINS-MAJORS

E. BOTTONE.

A M. le Docteur BALESTRE

PROFESSEUR-AGRÉGÉ, MÉDECIN EN CHEF DES HOSPICES CIVILS DE NICE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. le Docteur DAVÉO

E. BOTTONE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS
MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL DE PÉDIATRIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
ADJOINT AU MAIRE DE LA VILLE DE MONTPELLIER

A tous mes Maîtres de la Faculté de Montpellier
et de l'Ecole de médecine de Marseille

E. BOTTONE.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter cette Faculté, c'est volontiers que nous nous conformerons à l'usage qui veut qu'au terme de ses études, l'étudiant pense à tous ceux qui lui ont témoigné leur sympathie, à ceux qui l'ont encouragé par leurs conseils et qui l'ont aidé de leurs leçons.

C'est le nom de notre excellent maître, M. le professeur Baumel, que nous inscrirons le premier ; en suivant, au lit de ses malades, ses visites, qu'il a le secret de rendre si instructives et si attrayantes, nous avons pu goûter le charme exquis de sa bonté.

Par son enseignement clair et précis, il nous a facilité l'étude si complexe des maladies des enfants.

Il nous fait aujourd'hui le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse et nous lui exprimons toute notre vive reconnaissance.

Nous prions M. le docteur G. Lèques, médecin-major à l'hôpital militaire de Marseille, d'accepter notre profonde gratitude pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée. Nous n'aurons garde d'oublier avec quelle amabilité il nous a constamment accueilli pendant les deux ans que nous avons

été attaché à son service ; nous lui devons aussi une grande partie de notre éducation médicale.

Nous ne saurions oublier tout ce que nous devons à tous les professeurs de cette Faculté qui ont été pour nous des maîtres bienveillants, ne perdant jamais l'occasion de nous instruire. Ils savent avec quel intérêt nous avons suivi leurs leçons ; qu'ils nous permettent de leur témoigner notre reconnaissance pour les principes scientifiques qu'ils nous ont enseignés.

A nos amis, les docteurs Andrieux, chef de clinique des maladies des enfants, et Karoleff, nous adressons nos plus sincères remerciements pour les renseignements qu'ils ont bien voulu nous donner.

INTRODUCTION

Sur l'instigation de notre Maître, Monsieur le Professeur Baumel, nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale la fièvre de dentition.

Les observations mises à notre disposition et qui ont été recueillies dans son service démontrent bien réellement l'existence de cette fièvre, admise d'ailleurs par des Maîtres éminents de pédiatrie.

Nous n'aurions jamais tenté cette étude si nous n'avions eu à nos côtés un Maître dévoué, dont les conseils nous ont complètement aidé.

Songeant à la fréquence de la fièvre de dentition et aux erreurs de diagnostic auxquelles elle peut amener les hommes les plus rompus aux surprises de la pratique médicale, nous avons pensé que notre sujet pourrait être intéressant.

Nous commencerons par étudier l'anatomie des dents, leur évolution et leur influence sur l'état de santé des enfants ; nous continuerons par un tableau général de la fièvre de dentition, en passant en revue, successivement, la pathogénie, la symptomatologie, les complications et le diagnostic. Nous dirons un mot du pronostic et du traitement.

Nous établirons enfin les conclusions que nous croyons devoir tirer de notre travail, que nous recommandons à la bienveillance de nos juges.

DE LA

FIÈVRE DE DENTITION

ANATOMIE DES DENTS

Les dents sont des organes d'une nature particulière, composés de tissus spéciaux, sans analogues dans l'économie.

Les arcades dentaires, constituées par la série non interrompue des dents, présentent à considérer, chez l'enfant comme chez l'adulte, trois parties : une partie libre, une partie recouverte par la muqueuse, une partie profonde, incluse dans les alvéoles.

La partie libre est formée par les couronnes des dents ; elle est en contact, par sa face antéro-externe, avec les lèvres et les joues, par sa face postéro-interne, avec la langue ; par sa face supérieure ou inférieure, suivant la mâchoire que l'on considère avec l'arcade de l'autre mâchoire.

Les deux premières ont des dimensions à peu près égales dans toute leur étendue ; la partie horizontale ou triturante est, au contraire, mince et tranchante pour les dents antérieures ; plus large pour celles des côtés, très large aux postérieures. En avant, elle n'a guère qu'un tubercule ; puis ceux-ci augmentent, se disposent sur deux rangées, l'une interne, l'autre ex-

terne; celles de la mâchoire inférieure s'engrènent dans celles de la supérieure et réciproquement pour broyer les aliments pendant la mastication.

La partie moyenne ou gingivale est marquée par un léger rétrécissement, plus prononcé en arrière qu'en avant; c'est le collet de la dent, qui sépare la couronne de la racine, et, par la réunion avec celui des autres dents, forme deux lignes festonnées au niveau de la gencive, qui adhère étroitement en ce point.

La partie profonde des arcades est constituée par l'ensemble des racines; elle est uni-radiculaire à la partie moyenne, puis bi et multi-radiculaire en arrière.

Les anciens, prenant les dents pour des os, avaient fait de l'implantation des dents dans les alvéoles, un mode particulier d'articulation, qu'ils appelaient gomphose. Il est surabondamment démontré que cette interprétation est erronée ; les dents ne sont nullement articulées dans la mâchoire, mais adhérentes et fixées par l'intermédiaire d'un véritable périoste qui ne permet, dans l'état physiologique, aucun mouvement.

La forme générale des dents est celle d'un cône allongé, verticalement dirigé, et présentant vers le tiers de son étendue un faible étranglement. Cette opinion est parfaitement conforme aux lois de la philosophie anatomique.

Quoi qu'il en soit, au point de vue descriptif, nous distinguerons deux formes principales qui sont : le cône plus ou moins parfait, pour les incisives et les canines ; et la forme pyramidale, quadrangulaire, pour les molaires.

En outre, toutes deux présentent à considérer sa base ou couronne, son sommet ou racine, et le point intermédiaire étranglé, le collet.

Les couronnes par leur face libre ou triturante sont disposées sur un plan horizontal, parallèle au plan visuel et au plan alvéolo-condylien de Broca. De cette face triturante, les plans

qui limitent la couronne sur les côtés convergent légèrement vers le collet, et il résulte de là que les dents en contact réciproque immédiat, à leur partie la plus élevée, interceptent, au-dessous, des espaces triangulaires formant ce qu'on appelle les interstices dentaires.

La couronne représente par sa constitution anatomique la partie la plus dure de tout l'organe ; sa couleur est très variable, tantôt blanche, demi-transparente, lisse et polie, et d'une résistance extrême ; tantôt plus ou moins grisâtre, ce qui est l'indice d'une plus grande dureté des parties ; tantôt enfin offrant une teinte légèrement bleuâtre et diaphane qui correspond, en général, à une faiblesse relative dans la constitution des tissus.

Les racines ont toujours une longueur plus grande que la couronne, leur tissu est beaucoup moins compact, leur couleur plus foncée, généralement jaunâtre.

Pour les dents antérieures, incisives et canines, cette racine est unique, sauf une certaine exception pour les canines inférieures. Aux dents antéro-supérieures, cette racine est régulièrement conique ; pour les inférieures, elle est, au contraire, légèrement aplatie dans le sens transversal, circonstance qui s'oppose aux tentatives de rotation brusque que nécessitent certaines anomalies, tandis que la même opération est facile aux supérieures. Cet aplatissement transversal peut être considéré, en outre, comme le vestige d'une première subdivision qui s'accentue aussitôt pour les prémolaires et qui s'affirme tout à fait aux molaires.

La direction des racines est un point utile à noter ; elles ne sont pas en effet verticales, c'est-à-dire perpendiculaires au plan masticateur ; elles obéissent à une disposition générale qui les incline, dans leur ensemble, vers la partie postérieure des maxillaires.

Elles sont donc aussi parallèles entre elles et un peu curvi-

lignes dans le sens postérieur. Cette particularité s'accentue davantage aux molaires, si bien que la dernière ou dent de sagesse offre parfois, dans sa partie radiculaire, une concavité postérieure très marquée.

Le collet des dents est cette partie, fictive en quelque sorte, intermédiaire entre la couronne et la racine et qui coupe, sur un point variable de hauteur, la totalité de l'organe en deux parties inégales. La couronne représente, en effet, à peu près le tiers resté libre au dehors, la racine formant les deux tiers inclus. C'est à proprement parler une ligne située à l'intersection de deux des tissus composants de l'organe, le cément et l'émail.

En ce point vient s'insérer, d'une part, le bord libre de la gencive, d'autre part le feuillet du périoste alvéolaire, lesquels y sont, d'ailleurs, en continuité parfaite dans l'état physiologique ; le collet, qui répond en outre, au bord libre des cloisons alvéolaires, est donc également horizontal.

ÉVOLUTION DENTAIRE ET SON INFLUENCE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS.

Chez le fœtus à terme, toutes les dents sont encore emprisonnées dans leur alvéole, au-dessous de la muqueuse.

On a vu, cependant, des enfants apporter, en naissant, une ou plusieurs dents, mais ces faits sont tout à fait exceptionnels. Louis XIV, Mirabeau, Richard III, roi d'Angleterre, et Mazarin sont les exemples les plus célèbres de cette anomalie; Curius Dentatus aurait également dû son nom à cette particularité. M. le professeur Baumel a observé un enfant qui, né avec deux dents, trouva le moyen d'en perdre une dans le courant de l'année sans en avoir d'autres.

Peu après la naissance, les dents se développent par des saillies qui se dessinent sur la face extérieure du rebord alvéolaire, soulèvent la muqueuse, l'usent au point de contact, la traversent et s'élèvent progressivement.

Quant à la muqueuse, elle descend peu à peu le long de la couronne et s'arrête sur le collet, avec lequel elle contracte une étroite union.

L'évolution dentaire comprend donc trois périodes : une première, intra-maxillaire; une deuxième, éruptive, et une troisième, extra-maxillaire.

Les premières dents apparaissent chez les enfants à des époques variables, suivant les prédispositions héréditaires, suivant aussi l'alimentation et les différentes maladies.

En général, les dents commencent à percer entre le cinquième et le huitième mois ; les deux incisives inférieures médianes apparaissent les premières. Un mois après, du neuvième au dixième mois, les incisives supérieures, et un mois plus tard, du onzième au douzième, les deux incisives latérales inférieures ; de sorte qu'à la fin de la première année, chez un enfant bien portant, les incisives doivent être sorties.

Ensuite, les intervalles sont plus longs, ils sont de deux mois environ ; du quatorzième au seizième mois, nous aurons les premières molaires ; du dix-huitième au vingtième, les canines et du vingt-deuxième au vingt-quatrième, les dernières molaires.

La dentition de lait sera donc complète à deux ans.

Les premières dents apparaissent quelquefois du quatrième au cinquième mois, mais cette dentition précoce n'a pas de signification spéciale ; à la fin de la première année, l'enfant n'a jamais plus de huit à dix dents.

Les intervalles trop courts entre les différents groupes sont dûs à la nutrition trop exagérée du germe dentaire, et s'observent quelquefois chez les enfants sujets à l'hyperémie cérébrale, qui succombent souvent à l'hydrocéphalie aiguë ; la dentition précoce doit être considérée comme symptôme plutôt défavorable.

La dentition retardée consiste en ce que les divers groupes dentaires n'apparaissent pas aux époques normales et que les intervalles sont plus prolongés. L'apparition des dents se fait alors très lentement et n'est terminée que vers la fin de la troisième ou de la quatrième année.

Disons qu'un certain nombre d'enfants présentent une interversion dans l'ordre d'apparition des dents sans que cela puisse être l'indice d'un trouble de la croissance ; on observe ainsi, fréquemment, l'apparition des incisives latérales inférieures avant celle des supérieures.

Dans le premier cas, c'est-à-dire quand les intervalles ne sont pas plus prolongés et que l'ordre d'apparition des groupes dentaires reste normal, le retard dans l'apparition des premières dents n'a pas de signification pathologique, car il s'observe chez des enfants parfaitement bien portants, surtout dans certaines familles dont tous les membres présentent cette anomalie.

Il en est tout autrement quand ce retard est accompagné d'intervalles très prolongés et quand, en même temps, l'ordre dans l'apparition des groupes dentaires est troublé, si, par exemple, les dents de plusieurs groupes percent en même temps : un tel trouble chronologique indique un ralentissement dans le processus d'ossification, caractéristique du rachitisme.

Les dents de remplacement succèdent aux dents de lait, qui tombent quelque temps après leur apparition et dans l'ordre suivant lequel elles sont sorties des mâchoires. Elles se montrent à un an d'intervalle, entre six et douze ans environ.

Ces nouvelles dents feront partie des dents permanentes, qui diffèrent des dents de lait en ce qu'elles doivent rester toute la vie.

Pour leur éruption on peut jusqu'à un certain point établir les périodes suivantes :

Premières grosses molaires	de la 5e à la 7e année.
Incisives médianes.	6e — 8e —
Incisives latérales.	7e — 9e —
Premières petites molaires. . .	9e — 10e —
Deuxièmes petites molaires. . .	10e — 11e —
Canines.	11e — 12e —
Dents d'adolescence ou deuxièmes grosses molaires . .	12e — 13e —
Dents de puberté ou de sagesse.	18e — 25e —

La dentition serait donc complète entre dix-huit et vingt-cinq ans.

On a vu des dents repousser pour la troisième fois chez des personnes très avancées en âge. (Beaunis et Bouchard).

M. le professeur Baumel a observé ce fait chez un vieillard de soixante-douze ans dont une incisive médiane inférieure tomba et fut remplacée quelque temps après.

Maintenant il reste à régler une question, c'est de savoir si l'évolution dentaire peut avoir une influence sur l'état de santé de l'enfant.

Les opinions sont très partagées parmi les auteurs ; les uns acceptent cette influence ; les autres la nient complètement ; mais, ces derniers ne se basant sur aucune considération, on ne peut réfuter leurs arguments.

Cependant Magitot, en France, qui a nié complétement l'existence des maladies de la dentition, s'appuie sur ce raisonnement que la dentition est un événement purement physiologique.

Nous savons ce qu'il faut retenir de cette opinion, et pour cela nous n'avons qu'à nous rapporter à l'excellent ouvrage de notre Maître M. le professeur Baumel (*Pathologie des annexes* et *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil digestif*, 1889).

A lui revient l'honneur de s'être occupé le premier, d'une façon nette et précise, des accidents qui retentissent sur tous les appareils pendant l'évolution dentaire (pseudo-méningite, chorée, eczéma, fièvre de dentition, etc.).

M. Nil Filatow, professeur de pédiatrie à l'Université de Moscou, dans son *Traité de sémiologie infantile* (1898), s'exprime ainsi : « L'évolution des dents peut provoquer une perturbation dans l'organisme, qui diminue sa résistance aux infections latentes et favorise l'éclosion des maladies microbiennes. Chez les enfants nerveux, on peut observer, dit-il, des troubles réflexes plus ou moins graves, qui peuvent aller jus-

qu'à simuler la méningite ; elle peut encore être précédée de stomatites, eczéma, agitation, insomnie, fièvre ; elle donne lieu souvent à des troubles digestifs sous forme de selles fréquentes et liquides, vomissements, etc. Ils sont, en général, de peu de durée, accompagnés de symptômes manifestes d'irritation de la gencive ; ils disparaissent immédiatement lorsque la dent est sortie, et réapparaissent sans aucune raison apparente déterminée, au moment où de nouvelles dents doivent faire irruption ».

On a attribué à la dentition (Auvard, 1890) la plupart des accidents qui peuvent survenir pendant les premières années de la vie ; pathogénie complaisante, dont la réalité n'est pas démontrée ; néanmoins, la diarrhée et une fièvre parfois intense, pouvant exposer à des congestions méningitiques, paraissent seules dépendre nettement de la dentition.

Le professeur Galvagno (Naples, 1891) admet aussi l'existence de la fièvre pendant l'évolution dentaire.

Tout ce que nous venons de citer ne fait que confirmer les idées de notre Maître, M. le professeur Baumel, sur l'intervention de la dentition sur l'état de santé des enfants, et oblige à admettre l'existence de la fièvre de dentition.

TABLEAU GÉNÉRAL DE LA FIÈVRE DE DENTITION

On rencontre dans l'enfance, plus qu'à tout autre âge, des états fébriles passagers, semblables par leur courte durée, leur faible intensité, leur bénignité absolue.

Ces états morbides ont été réunis par un grand nombre d'auteurs sous le nom de fièvre éphémère. Celle-ci avait déjà été signalée sous le nom de fièvre catarrhale, d'embarras gastrique fébrile, de fièvre muqueuse, et synoque imputride. On prétendait que les causes de cette fièvre éphémère chez les enfants étaient, en quelque sorte, banales, diverses (froid, surmenage, émotions, intoxication alimentaire) et dénuées de spécificité ; la bactériologie n'a, en effet, révélé la présence d'aucun microbe pathogène particulier. Elle ne serait ni épidémique, ni contagieuse ; procèderait isolément, sporadiquement.

Tous gardent un silence imperturbable sur l'intervention de l'évolution dentaire dans ces affections.

Cependant, M. Zolotovitz (thèse de Montpellier, 1880), admet que, dans certains cas, la fièvre éphémère relèverait de la dentition.

Aujourd'hui, grâce aux démonstrations de M. le professeur Baumel, nous pouvons dire que la plupart de ces états fébriles sont sous l'influence de l'évolution dentaire.

PATHOGÉNIE

La fièvre de dentition, d'après M. le professeur Baumel, se produirait grâce aux deux éléments suivants : nerveux et infectieux.

1° *Élément nerveux, réflexe.* — L'élévation de la température résulterait d'une excitation des branches nerveuses dentaires qui, par l'intermédiaire du trijumeau, serait transmise aux centres thermiques.

Ce qui semble le démontrer, c'est qu'à la suite d'une ascension considérable de la température, on voit survenir rapidement une hypothermie qui contraste avec l'hypothermie primitive, et qui en est, pour ainsi dire, la conséquence. (Affaiblissement du centre thermique par excitation primitive.)

2° *Élément infectieux.* — Dans ce cas, la fièvre de dentition reconnaîtrait pour cause l'infection qui se forme au niveau des alvéoles ; en outre, au moment de l'évolution dentaire, les dents tendent à soulever la muqueuse gingivale, l'usent et finissent par la déchirer ; ce traumatisme faciliterait l'absorption des microbes et de leurs toxines qui sont contenus dans la cavité buccale.

Ce qui le prouve, c'est que souvent l'on remarque l'engorgement des ganglions correspondants.

M. Vignal a rencontré dans l'enduit lingual et le tartre den-

taire dix-huit espèces différentes de micro-organismes, dont dix-sept ont été isolés; le dix-huitième n'a pu l'être encore (spirochète denticola).

Sur les dix-sept cultivés, il y a seize acrobies et un anacrobie. Sur ce nombre, trois microcoques, treize bacilles et un vibrion. Les principaux sont : 1° bactérium-termo ; 2° bacille de la pomme de terre de Koch ; 3° bacille subtilis ; 4° vibrio-rugulo, staphylocoques pyogènes, albus et aureus ; 5° leptothrix ; 6° pneumocoque (Pasteur).

Les deux éléments nerveux et infectieux peuvent intervenir isolément ; mais, en général, c'est leur association qui serait la cause de cette fièvre de dentition.

SYMPTOMATOLOGIE

Si l'on observe attentivement la coloration de la face chez l'enfant en pleine évolution dentaire, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il se produit des alternatives rapides, subites, de rougeur assez vive et de pâleur intense, se succédant assez fréquemment dans un laps de temps fort court. Ces deux états opposés disparaissent presque aussitôt après leur évolution, se répétant parfois très fréquemment, et, pour ainsi dire, d'une manière continue. Ils paraissent (d'après M. le professeur Baumel) liés à des alternatives de constriction et de relâchement vasculaires, elles-mêmes sous la dépendance du processus irritatif et névroso-réflexe dont les dents sont le point de départ.

Ces alternatives de coloration et de décoloration tégumentaire faciale signalée par notre maître, M. le professeur Baumel, ont été remarquées par les mères ou les nourrices elles-mêmes qui craignent toujours des accidents encéphaliques, aussi voient-elles là l'indice redoutable d'accès dans la tête, comme elles savent si bien le dire au praticien.

Ce qui semble, jusqu'à un certain point, justifier leurs craintes et leurs appréhensions, c'est qu'en effet, à côté de ces changements de coloration, vient prendre place bientôt une fièvre particulière qui mérite d'attirer l'attention.

Celle-ci aussi offre une variabilité et des alternatives très remarquables. La chaleur, très intense à un moment donné,

appréciable quand on prend la main de l'enfant, redevient normale un instant après, et le petit malade est alors absolument apyrétique.

Ces oscillations se reproduisent fréquemment dans les 24 heures et, suivant le moment où l'on observe l'état de la température, on est exposé à déclarer l'enfant apyrétique, ou, au contraire, atteint d'une fièvre intense ; on dit vulgairement que l'enfant a des recoupements.

Au point de vue spécial de la température et de son allure, il est intéressant de noter que le degré thermique n'a pas toujours suivi la même marche et qu'il faut considérer plusieurs types de cette fièvre de dentition :

1° *Intermittente, sans périodicité.* — Dans ce cas, la fièvre existe à présent pour disparaître quelques instants après, et cela encore à plusieurs reprises dans le courant de la même journée.

2° *Paratonnerre.*— Consiste en une élévation de la température atteignant 40°, 41° et revenant dans les 24 heures à la normale ou même jusqu'à l'hypothermie.

M. le professeur Baumel compare l'aspect sur la courbe de cette ascension brusque et unique à celui d'un paratonnerre.

3° *Continue, continente.* — Dans ce type, la fièvre est d'une durée variable, sans intermission et même sans rémission bien marquée, mais avec des paroxysmes ou exarcerbations ; au déclin, chute brusque allant jusqu'à l'hypothermie.

4° *Rémittente.* — Dont la durée est de deux à six jours avec rémissions matinales.

La fièvre de dentition présentant les types « paratonnerre et intermittent sans périodicité » serait consécutive, d'après M. le professeur Baumel, à l'évolution des canines et des incisives ;

tandis que les types « continue et rémittente » indiqueraient la sortie des molaires.

La fièvre de dentition peut évoluer en même temps qu'un autre état fébrile, le simuler, le remplacer, ou survenir pendant sa convalescence.

En outre, on observe souvent des grimaces, du mâchonnement, une salivation plus ou moins intense, de l'agitation, de l'insomnie. Les petits malades portent constamment à leur bouche leurs doigts ou les corps étrangers qui tombent sous leurs mains, ou les différents objets spécialement destinés à cet usage et que l'on fabrique tout exprès. Les enfants refusent les aliments à un moment donné ; ce qui explique ce refus, c'est la douleur gingivale.

L'appétit renaît aussitôt après la chute de la fièvre, ce qui n'a pas lieu d'habitude dans les autres maladies fébriles; nous pouvons avoir des vomissements, de la toux, de l'épistaxis, dont nous parlerons à propos des complications.

Les gencives peuvent être gonflées, rouges, tuméfiées ; l'engorgement ganglionnaire correspondant à la dent qui évolue est assez fréquent.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS FÉBRILES

Ces accidents sont locaux, réflexes et généraux (*Pathologie des annexes,* Professeur Baumel).

De tous les accidents locaux, le plus commun est, sans contredit, l'inflammation de la muqueuse gingivale (gingivite, abcès dentaire, adénite avec ou sans suppuration) ou même buccale (stomatites, angines) ; comme conséquence de l'inflammation buccale, on observe un certain degré d'acidité du milieu, acidité que l'on a tort de considérer comme normale chez les enfants ; c'est ce qui nous explique, dans ces cas, la production facile et assez commune du muguet.

Parmi les accidents réflexes, les accidents cérébraux figurent au premier rang ; les mouvements convulsifs pendant le sommeil, les convulsions à l'état de veille, survenant, pour ainsi dire, en plein état de santé, sont assez fréquemment observés (pseudo-méningite).

Nous pouvons voir se produire, en outre, des accidents laryngés, pulmonaires, gastro-intestinaux, cutanés, généraux même, que nous allons signaler.

Parmi les complications laryngées, nous signalerons les laryngites, puis une toux sèche, nerveuse, spasmodique, parfois extrêmement fréquente et pénible ; on la voit, le plus souvent, révéler le caractère de la laryngite striduleuse ou faux croup, ce qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic des plus regrettables.

La broncho-pneumonie ou pneumonie lobulaire, circonscrite ou généralisée, ne reconnaît souvent, chez l'enfant, d'autre cause à sa production que la dentition elle-même ; dans ce cas, la broncho-pneumonie débute par une congestion qui précède l'inflammation pendant un certain temps et elle peut, quelquefois, compromettre sérieusement l'existence des malades. Le plus souvent, au contraire, elle est, malgré son étendue et sa durée, extrêmement bénigne ; elle guérit sans intervention bien énergique, et cela, aussitôt que la dent, cause de tout le mal, a pu effectuer sa sortie.

Parmi les accidents gastro-intestinaux, nous avons quelquefois des vomissements et le plus souvent de la diarrhée ; celle-ci, négligeable lorsqu'elle n'atteint pas de grandes proportions, mérite d'attirer l'attention aussitôt que les évacuations dépassent le nombre de trois ou quatre dans les vingt-quatre heures. Les matières rendues, liquides ou demi-solides, conservent leur coloration jaune normale, elles ne deviennent vertes et acides que lorsqu'il existe une véritable inflammation (gastro-entérite, gastrite, typhlite).

L'entéro-colite est une forme fréquente d'inflammation intestinale au cours de la dentition. Les petits malades présentent certains symptômes de la dysenterie : épreintes, envies fréquentes d'aller à la selle, ténesme rectal. Quelquefois même les matières évacuées sont sanguinolentes. Notre Maître, M. le professeur Baumel, les a vues, dans un cas, et pendant une journée, présenter les caractères des crachats rouillés de la pneumonie.

Les accidents cutanés sont excessivement nombreux, nous n'en signalerons qu'un très important, l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu, que certains auteurs de traités récents sur les maladies de la peau étudient sans même mentionner cette influence étiologique, qui a été indiquée, pour la première fois, par M. le professeur Baumel.

DIAGNOSTIC

Par ce que nous avons vu au chapitre de la symptomatologie, nous pouvons dire que le diagnostic sera assez facile quand il n'y aura pas de lésion pouvant faire attribuer cette fièvre à autre chose que l'évolution dentaire.

Ainsi, dans le cas relaté dans notre observation première, un enfant atteint de broncho-pneumonie est guéri, la fièvre complètement disparue ; puis, alors que rien ne le faisait prévoir, elle se rallume brusquement, l'examen buccal revèle l'existence de l'évolution dentaire ; le diagnostic était aisé et pouvait être franchement affirmé.

Au contraire, supposons qu'elle évolue concurremment avec une autre pyrexie, on se rappellera que *duobus laboribus simul abortis vehementior obscurat alterum*, néanmoins on pourrait se heurter à des difficultés.

Il faudra, dans tous les cas, examiner attentivement les mâchoires, compter les dents et s'assurer si les dents travaillent.

Quand l'évolution dentaire ne sera pas évidente, l'on devra songer à l'apparition possible d'autres pyrexies, que nous allons passer en revue.

La fièvre intermittente doit être signalée, surtout quand on se trouve dans un pays malarien. En examinant de près le tableau d'une pareille fièvre, franche dans ses accès, le diagnostic est des plus simples ; d'abord, il y a frisson, puis le

stade de chaleur suivi de la sueur ; mais chez l'enfant, quelques-uns de ces éléments peuvent manquer et être remplacés par des symptômes fugaces (décoloration tégumentaire momentanée, refroidissement transitoire des extrémités, vomissements), bien capables de ne pas attirer suffisamment l'attention ou de la détourner de la véritable nature du mal. Si l'on ajoute que, chez l'enfant, la fièvre intermittente a comme caractéristique l'irrégularité, ne se traduit pas habituellement suivant un type classique parfaitement déterminé, et que le petit malade est plus résistant à l'action thérapeutique de la quinine, l'on peut juger de la difficulté qu'il peut y avoir à établir un diagnostic différentiel.

Toutes les fièvres éruptives, comme on le sait, présentent, avant la phase éruptive pathognomonique, une invasion fébrile qui l'est beaucoup moins. Néanmoins, l'invasion de la variole et de la scarlatine est trop bruyante pour être confondue avec celle de la fièvre de dentition ; celle de la rougeole, accompagnée d'un catarrhe oculo-nasal, ce qui ne se voit jamais dans la fièvre de dentition ; de plus, l'épidémie régnante dirigerait le diagnostic. Seules, celles des oreillons et de la rubéole pourraient momentanément faire hésiter, mais cette hésitation ne sera pas de longue durée.

La grippe, qui peut débuter brusquement, sans prodromes, avec une température considérable, surprenant l'enfant en pleine santé, pourrait donner lieu à confusion, mais l'épidémie régnante et l'examen buccal suffiront pour ne pas faire une erreur de diagnostic.

Dans les cas où, avec la fièvre, il y a participation de troubles digestifs, anorexie, état saburral de la langue, courbature, céphalalgie, épistaxis, diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite, le diagnostic est délicat ; on cherche les taches rosées et on pense à la fièvre typhoïde. Ce n'est que l'expectation qui nous mettra sur la voie ; tandis que les symptômes ne feront

que s'aggraver en cas de fièvre typhoïde, ils s'amenderont, dans trois ou quatre jours, complètement, si l'on a affaire à des troubles consécutifs à la fièvre de dentition. En outre, la courbe thermique ne présentera pas cette marche ascendante, continue du premier stade de l'infection Éberthienne. Le séro-diagnostic lèverait tous les doutes.

La pneumonie, avec un petit foyer central ne se révélant pas à l'exploration physique, l'absence de période prodromique, l'ascension brusque de la température, pourraient faire croire au début de la fièvre de dentition, surtout si une auscultation minutieuse, répétée tous les jours, ne permettait, à un moment donné, de reconnaître la pneumonie.

La granulie pourrait débuter par un état fébrile intense et des troubles digestifs, mais l'auscultation indiquera la nature de cette fièvre.

L'angine accompagnée de fièvre peut être confondue avec la fièvre de dentition, parce que les signes pathognomoniques manquent le plus ordinairement, l'enfant ne pouvant signaler les symptômes qu'il éprouve. Pour se mettre à l'abri de toute erreur, il s'agira d'examiner la cavité buccale et de voir si l'angine n'est pas plus intense du côté où domine l'évolution dentaire. Ce n'est qu'après cet examen que l'on pourra poser le diagnostic.

Nous avons vu que l'évolution dentaire peut s'accompagner quelquefois de phénomènes convulsifs assez prononcés pour dérouter le diagnostic et faire songer à quelque affection cérébrale. La fièvre de dentition peut revêtir une physionomie qui la rapproche de la méningite. A quel signe distinguer cette fièvre de dentition avec hypérémie cérébrale de la véritable méningite, les symptômes étant les mêmes. Il n'y aura qu'à attendre, rester dans le doute 24, 48 heures même, et la maladie ne tardera pas à changer d'allure.

Si l'évolution dentaire est seule en cause, l'amendement

séra rapide ; s'il s'agit d'une méningite, il y aura aggravation ou persistance des symptômes qui ne feront que devenir de plus en plus alarmants.

En somme, le diagnostic se fera surtout par exclusion, par élimination successive de tous les états fébriles pouvant surprendre l'enfant au milieu de la santé la meilleure en apparence, et par l'examen de la bouche, qui révèlera, non seulement l'existence de l'évolution dentaire, mais l'état consécutif à cette évolution.

PRONOSTIC

Le pronostic est bénin en général : tous les enfants qui ont été traités dans le service de M. le professeur Baumel sont guéris.

Mais il pourrait devenir sombre s'il se produisait une ou plusieurs des complications que nous avons signalées.

Il faut aussi tenir compte de l'état antérieur des malades, de l'influence des maladies cérébrales et du rachitisme.

TRAITEMENT

Pour combattre la fièvre, M. le professeur Baumel conseille le bain interne, qui consiste à donner, dans les intervalles laissés par l'alimentation, de la tisane tiède : de riz, si la diarrhée existe ; d'orge, si le malade est constipé.

Cette pratique a pour effet, en humectant les tissus, de rendre moins intenses et moins durables les inflammations dont ils peuvent être atteints. Elle a pour avantage de favoriser l'élimination rénale, cutanée, des substances nocives, qui sans cela, s'accumuleraient dans le sang, dans l'économie tout entière, et pourraient, à un moment donné, produire des accidents d'intoxication (urémie).

La tisane de violettes favorisera la sudation et l'hypersécrétion bronchique d'une manière plus spéciale en raison de l'émétine qu'elle contient, en faible quantité il est vrai, ce qui rapproche son action de celle de l'ipéca.

La diurèse et la sudation, en faisant tomber la fièvre s'opposeront de la manière la plus énergique et la plus efficace, à la production d'accidents cérébraux qui peuvent survenir comme complications pendant l'évolution dentaire chez l'enfant.

M. le professeur Baumel préconise les applications locales, émollientes ou légèrement astringentes : sirop de mûres, miel rosat, les frictions calmantes sur les dents qui vont effectuer leur sortie ; l'usage des hochets en os, sur lesquels le petit malade mâchera, souvent même agréablement, aidera puis-

samment à calmer les douleurs et l'agacement gingival ainsi qu'à favoriser l'éruption dentaire. Ne jamais employer les hochets en caoutchouc qui se chauffent facilement et ne feraient qu'irriter la gencive déjà enflammée.

Nous proscrivons l'incision cruciale de la gencive conseillée par quelques auteurs, qui n'est pas nécessaire, et ne ferait que faciliter l'infection.

De plus, elle pourrait donner lieu à d'autres accidents, comme le démontre surabondamment l'observation relative au fils d'un médecin, rapportée par le père même, et que l'on retrouve dans le *Traité des maladies des nouveau-nés* de M. le docteur Bouchut. Dans ce cas, la mort qui résulta de l'intervention fut la conséquence d'une hémorragie que rien ne put arrêter.

Quand on commence à voir de petites surfaces blanches, de la dimension d'une tête d'épingle, comme à travers une mince pellicule transparente, analogue à une peau d'oignon, sur un ou plusieurs points, M. le professeur Baumel est d'avis d'enlever cette mince pellicule tendue au-dessus de la dent avec l'ongle primitivement aseptisé.

Pour éviter les gingivites, stomachites, angines, l'on fera une antisepsie rigoureuse de la cavité buccale ; ceux qui seront aptes à se gargariser le feront avec l'eau boriquée ; pour les autres on aura recours aux collutoires.

Si le muguet survient, on le combattra à l'aide du collutoire au borate de soude et miel rosat, âà parties égales, qui, au moyen d'un pinceau, sera porté directement sur les parties malades, trois ou quatre fois par jour, ainsi que par l'usage de la potion suivante :

Eau de chaux.	60 grammes
Eau de laitue.	60 —
Teinture de musc.	IV gouttes
Sirop simple	30 grammes.

dont on donne une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Contre les accidents gastro-intestinaux, le régime le plus sévère est de rigueur ; il se composera de lait coupé avec de la tisane et additionné d'eau seconde de chaux.

Les lavements émollients avec de la décoction de guimauve ou de graines de lin pourraient rendre de bons services, spécialement dans l'entéro-colite.

Contre les accidents cérébraux, M. le professeur Baumel recommande la potion suivante, par cuillerée à dessert, d'heure en heure.

Bromure de potassium de 0,50 à 0,75 centig.	
Teinture de musc.	V gouttes
Eau de fleur d'oranger	20 grammes
Sirop simple	30 —
Eau de laitue.	100 —

Contre les accidents pulmonaires, les loochs avec le benzoate de soude et la teinture de digitale, les juleps gommeux, seront indiqués.

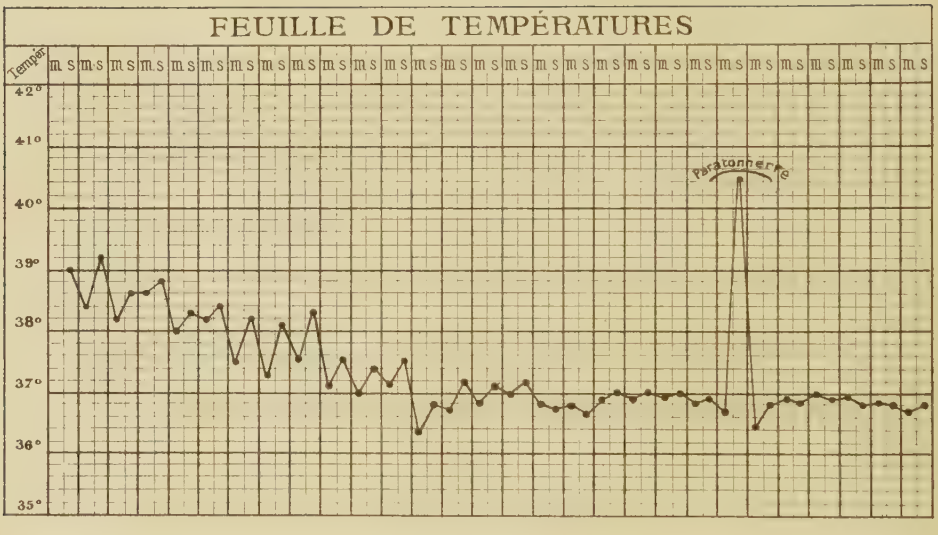
L'administration, dans ces cas, de l'ipécacuanha sera extrêmement utile, l'on formulera de la manière suivante :

Sirop d'ipécacuanha 30 grammes additionné, à partir de 8 mois et suivant l'âge de l'enfant, de poudre d'ipéca, à raison de 10, 12, 15 et 20 centigrammes, et que l'on fait prendre tiède, à jeun, en trois fois, à un quart d'heure d'intervalle.

On laissera reposer l'enfant, pendant deux heures après le dernier vomissement, sans rien lui donner, sous peine de le voir tout vomir. Ce vomitif provoque une détente favorable de l'éréthisme nerveux causé par la dentition, et se traduisant par la toux, l'insomnie, l'agitation, facilitera la sudation

qui,elle-même, diminuera la fièvre; en outre, l'ipéca décongestionnera l'appareil broncho-pulmonaire.

De plus, toutes les fois que l'on aura à traiter un enfant en évolution dentaire il faudra le tonifier et l'on emploiera le quinquina, le glycérophosphate ou le lactophosphate de chaux et l'on veillera à son alimentation en donnant des aliments liquides ou semi-liquides, d'après les indications.


FEUILLE DE TEMPÉRATURES
Temper
m s m s m s

OBSERVATIONS

Observation Première

Fièvre de dentition. — Type paratonnerre survenue pendant la convalescence d'une broncho-pneumonie.

(Due à l'obligeance de M. Andrieux, chef de clinique des maladies des enfants. Service de M. le professeur Baumel.)

Gaston S.... Pas d'antécédents héréditaires connus ni antécédents personnels.

Il était malade depuis quatre jours environ. Au moment de son entrée à la clinique, on note une température de 39° ; langue sèche, face grippée, la respiration gênée, tousse à peu près constamment, pouls 140.

L'examen thoracique révèle à la percussion une submatité très marquée en arrière, aux bases, des deux côtés ; en ce point, on entend à l'auscultation de nombreux râles humides très nets et de la sibilance en avant et en arrière. Léger souffle aux deux temps de la respiration.

Soumis au traitement, l'enfant guérit en quelques jours, n'a plus de fièvre, toux presque complètement disparue.

Dix jours après, le malade accuse de nouveau de la température ; tout d'un coup le thermomètre monte à 40°5, l'état s'aggrave, l'enfant délire.

Cependant rien, dans les moyens d'investigation ordinaires, ne fait prévoir une nouvelle recrudescence.

A l'inspection de la bouche, on trouve de la tuméfaction des gencives ; la première incisive inférieure gauche apparaît.

Le lendemain, 36°5. — Tout revient à l'état normal ; le thermomètre mis sous l'aisselle pendant quelques jours n'a plus accusé de température.

« Que conclure de cette observation sinon que la bronchopneumonie n'est pour rien dans cette nouvelle poussée de la fièvre et que l'évolution dentaire seule peut être incriminée ? »

Observation II

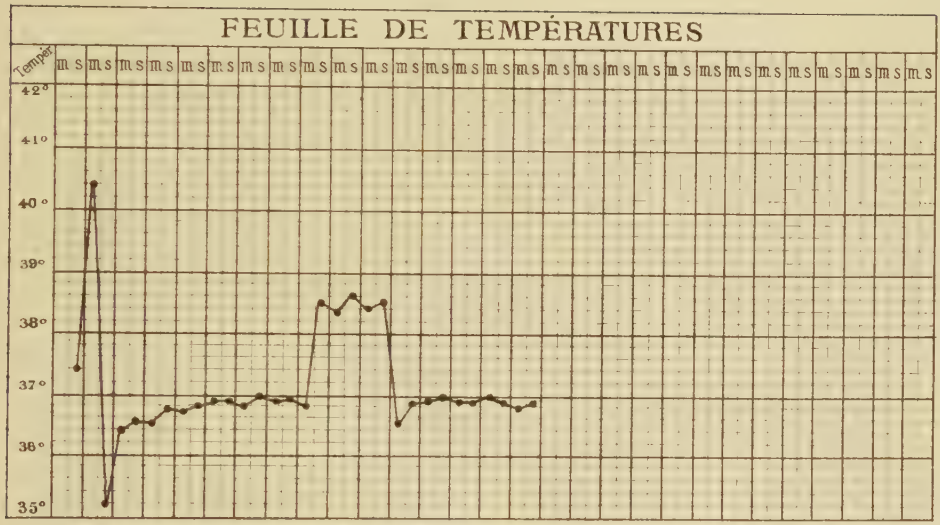
Fièvre de dentition. — Type paratonnerre avec hypothermie et type continent (Due à l'obligeance de M. Andrieux. — Service de M. le professeur Baumel).

Marie G.., 12 ans et demi. Entrée il y a six ans dans le service, elle s'y trouve encore actuellement, présentant des signes de bacillose. Au sommet droit, submatité avec quelques craquements ; expiration exagérée, légèrement soufflante. Malgré ces lésions, l'examen bactériologique des crachats, fait à deux reprises, n'a rien révélé.

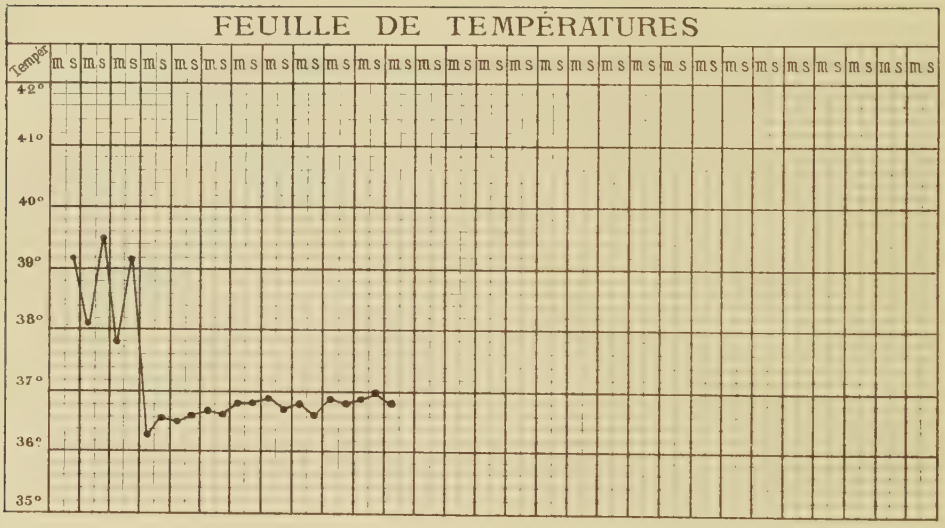
L'état général est assez bon.

Dernièrement, dans la soirée, elle s'est plainte de lassitude et de céphalalgie ; on met le thermomètre qui n'accuse que 37°4.

Le lendemain matin, la température est de 40°4. Nuit calme, pas de délire. — L'examen de tous ses organes ne révèle rien de nouveau ; l'on songe à l'évolution dentaire et l'on constate en effet, l'éruption d'une canine inférieure droite avec du gonflement de la gencive. Le soir, hypothermie (35°2). Pendant six jours, plus de température, mais le septième, dans l'après-midi, le thermomètre atteint 38°5 ; cette température s'est maintenue deux jours et le troisième, apyrexie (36°5). A ce moment-là on



Fièvre de dentition, type paratonnerre avec hypothermie, et type continent.



Fièvre de dentition, type rémittent.

remarqua l'éruption de la deuxième grosse molaire inférieure gauche.

Depuis, la jeune fillette n'a plus eu de fièvre et elle est revenue à sa gaieté primitive.

Observation III

Fièvre de dentition. — Type rémittent

(Service de M. le professeur Bäumel)

Georges G..., 4 ans.

Antécédents personnels et héréditaires — Rien à signaler, l'enfant s'est toujours bien porté.

Notre malade est entré à la clinique pour diarrhée très abondante; il se plaint de douleurs abdominales ; a eu quelques vomissements ; l'enfant tousse. On prend la température qui atteint, le soir de son entrée, 39°3. – (Rien à l'auscultation.)

Le lendemain, à la visite, nous apprenons que la nuit a été très agitée ; quelques convulsions ; l'enfant porte instinctivement ses mains et les objets qu'il a à sa disposition à la bouche ; il a de la salivation : la température du matin : 38°2.

On examine sa cavité buccale et on trouve les gencives tuméfiées ; l'on voit la première grosse molaire supérieure droite qui apparaît. L'évolution dentaire est évidente.

Cet état dure trois jours avec les mêmes symptômes et une température rémittente, comme l'on verra, d'ailleurs, par la courbe ci-après.

Le quatrième jour, (36°4). — Notre malade est très calme la diarrhée n'existe plus, l'enfant demande à manger ; il revient à sa gaieté primitive.

Disons que pendant l'évolution de cet état fébrile on a constaté des troubles vaso-moteurs du côté de la face.

Rien dans cet état ne nous donne l'explication de cette fièvre si ce n'est l'évolution dentaire qui seule doit être mise en cause.

Observation IV

Fièvre de dentition. — Type rémittent.

(Due à l'obligeance de M. Andrieux, service de M. le professeur Baumel)

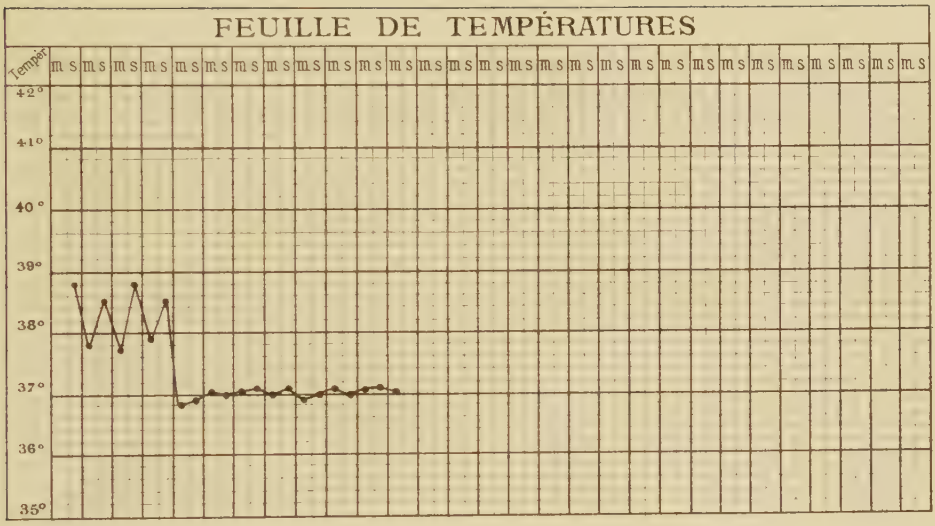
Jules C..., 7 ans.

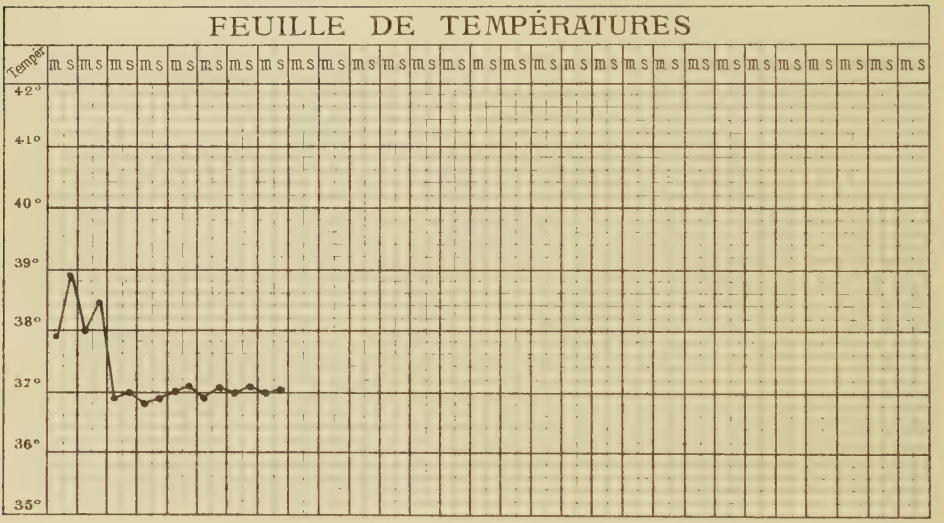
S'était bien porté jusqu'à ce jour, quand brusquement il se sent fatigué, se plaint de la tête ; peau sèche, chaude, visage très congestionné ; l'enfant tousse, mais l'auscultation ne révèle rien d'anormal ; la température s'élève à 38°8.

On examine la bouche et l'on voit percer les deux premières grosses molaires (inférieures droite et gauche) ; la gencive est très tuméfiée ; au toucher, l'enfant se plaint d'une douleur assez vive.

Le malade accuse de la température, matin et soir, pendant quatre jours d'une façon rémittente. Pas d'autres symptômes à signaler. Le 5e jour, chute de la température qui s'est maintenue ; l'enfant demande à manger ; revient à son état normal.

« Le diagnostic de fièvre de dentition est franchement affirmé : en effet les autres organes, interrogés à tour de rôle, ne fournissent aucun renseignement pouvant faire attribuer la fièvre à d'autre chose que l'évolution dentaire. »


FEUILLE DE TEMPÉRATURES
Temper
m s m s m s



Fièvre de dentition, type rémittent.

Observation V

Fièvre de dentition. — Type rémittent
(Due à l'obligeance de notre ami Dontcho Mikhaïloff)

Charlotte H..., 10 ans.

Jeune fillette que je trouve en transpiration ; pouls fréquent 135 pulsations à la minute, front brûlant, toux sèche sans expectoration.

La veille, avait été très gaie, avait bien dormi selon son habitude ; elle n'avait pas pris froid, pas d'écart de régime.

J'examine tous les appareils successivement : rien dans la poitrine, rien dans l'abdomen ; néanmoins je constate que la petite fille est en évolution dentaire ; je trouve en effet les gencives un peu tuméfiées et je vois la première petite molaire inférieure gauche qui a percé la muqueuse.

Je mets un thermomètre sous l'aisselle et je note la température 37° 9 ; le soir, 38° 9.

Le lendemain matin, état stationnaire, pouls est néanmoins moins fréquent. Elle se plaint d'une douleur à la gencive correspondant à la dent qui paraît.

Le surlendemain, elle se trouve mieux ; la fièvre est complètement tombée ; la petite malade a repris son entrain, l'appétit revient.

Observation VI

Fièvre de dentition.— Type à forme intermittente sans périodicité
(Service de M. le professeur Baumel)

Dieudonné S..., 6 ans 1/2.

Un matin, à son réveil, se plaint de céphalalgie, a des nausées suivies de vomissements, a eu dans la nuit une épistaxis légère. On prend sa température à 8 heures du matin, qui atteint 38° ; le pouls, 128 pulsations à la minute.

L'état s'aggrave, l'enfant délire, la température augmente. Vers midi le calme revient.

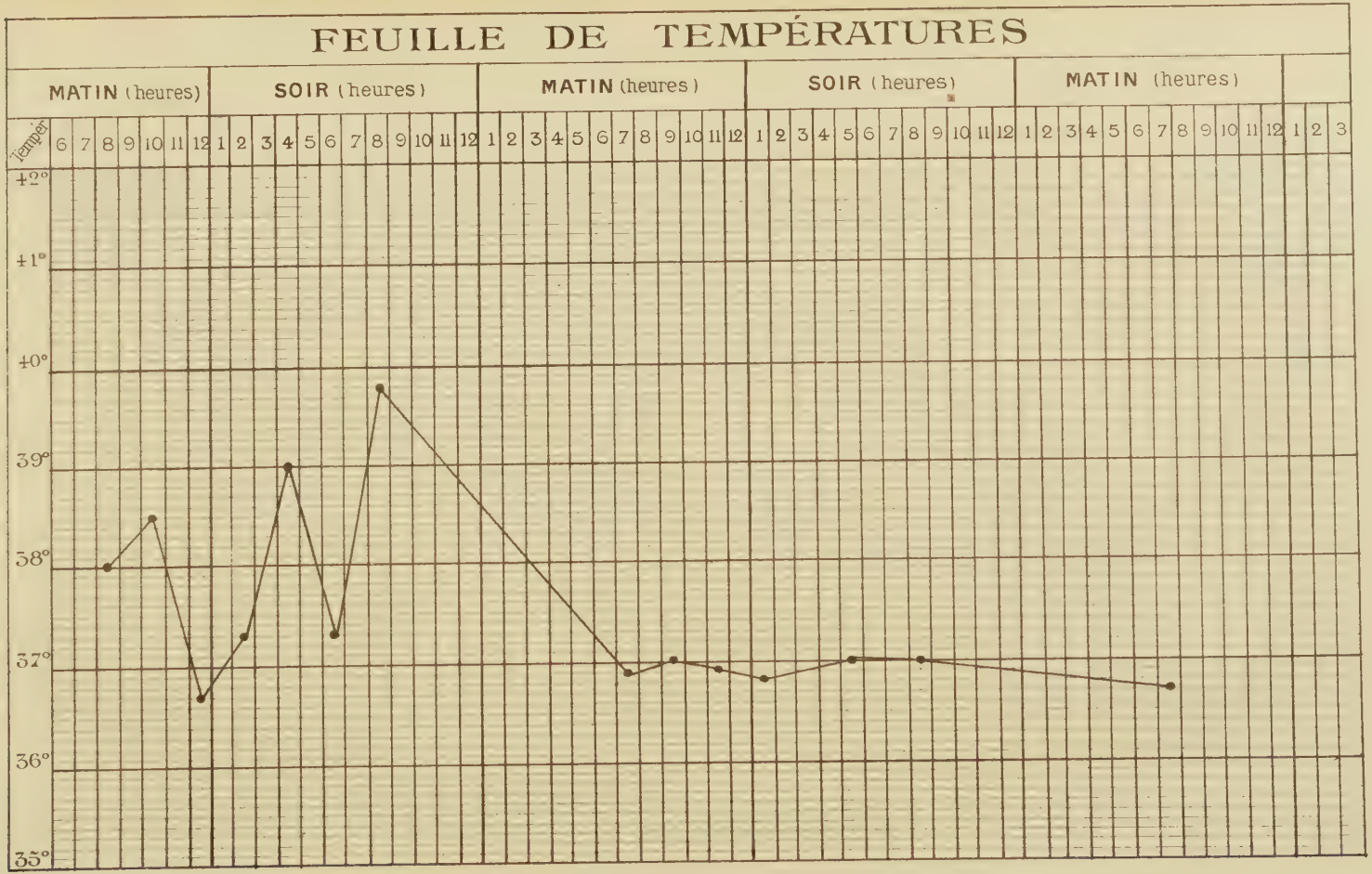
A 3 heures de l'après-midi, la respiration s'accélère, face est congestionnée, pouls extrêmement rapide ; le corps est secoué par des quintes de toux ; puis légère accalmie jusqu'à huit heures du soir. A ce moment, l'enfant est de nouveau très agité, mais cette période d'une extrême violence dure à peine deux ou trois minutes, puis brusquement l'enfant tombe dans l'assoupissement et finit par s'endormir.

Le lendemain hypothermie ; toute la journée, ainsi que les jours suivants, la température n'est plus revenue. L'état du malade très satisfaisant ; il cherche à s'amuser, demande à manger.

A signaler, pendant trois jours, quelques selles diarrhéiques, mais qui ne persistèrent point.

Le malade est en évolution dentaire ; à l'inspection de la cavité buccale, on note l'apparition de la première incisive inférieure droite.

« Rien à l'auscultation; d'ailleurs aucun organe, d'après les investigations, ne doit être incriminé dans l'apparition de cette fièvre, qui sûrement est sous l'influence de l'évolution dentaire très évidente chez ce malade. »



Fièvre de dentition, type intermittent sans périodicité.

CONCLUSIONS

1° L'existence de la fièvre de dentition ne saurait être niée.

2° Elle est le résultat de l'association de deux éléments : infectieux, nerveux.

3° Elle peut présenter différents types, s'ajouter à un autre état fébrile ou le simuler.

4° La fièvre de dentition évoluant indépendamment de tout autre état morbide ne donne lieu à aucune lésion appréciable.

5° Le traitement doit s'adresser à la fièvre et aux accidents et complications.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 4 avril 1899.
Pour le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé
Montpellier, le 4 avril 1899.
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
Dr HAMELIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ausset. — Accidents de la dentition (*Indép. médical.* Paris, XVII, 1897).

Barrier. — Traité des maladies de l'enfance.

Baumel.— Leçons cliniques sur les maladies des enfants (1892-1893). Leçons sur les maladies de l'appareil digestif; Pathologie des annexes (1889) ; De quelques accidents de dentition. (*Montpellier-Médical*, 1891).

Beaunis et Bouchard. — Embryologie (Art. *Dents*), 1868.

Bouchut. — Traité des maladies des nouveau-nés (Paris, 6e édition, 1873).

Brothers. — Dentition and infantile diseases. (*Arch. Pédiat*, 1891, VIII, 582-595).

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance.

Chincini. — Dentizione sopranumeraria (*Arch. ital. di otol.* Torino).

Comby. — Manuel des maladies de l'enfance.

Comby, Grancher et Marfan. — Traité des maladies de l'enfance.

Coulon.— Accès de laryngite striduleuse, coexistant exactement avec l'éruption de certaines dents et cessant avec elle (*Médecine infantile.* Paris, 1895).
1896).

Dorning.— Dentition as an etiological factor in the maladies of early life (*Arch. Pédiat.* New-York, 1895).

Eysautier. — De l'éruption dentaire primitive et ses accidents, 1890 (*Dauph. médical*, XIV).

Fenwick. — Delayed dentition. Am. obser. New-path., 1891.

Galvagno. — Sulla febre da dentizione (*Arch. ital de. pediatria,* Napoli, 1891).

Gandobin. — Dentition in children (*Meditzsina.* Saint-Pétersbourg, 1894).

Giuria. — Formazione gemellata bilaterale dei denti incisivi superiori (*Bollet. di reg. Acad. d. med. di Genova,* VIII, 1893).

Hamer.— Resorption of the roots of diseases teeth. (*Dental Rev.* Chicago, 1891).

Hussey. — Evolution, as illustrated by dentition (*Dental Rev.* Chicago, 1895).

Lannois. — Etude sur la troisième dentition chez l'homme (Paris, 1896).

Magittot. — *Gazette hebd. de méd. et de chir.* (Paris, 1879).

Monguidi.— Contribuzione allo studio dei tumori derivanti dal germe dentale (*Cliniq. ebd.* Milano, 1894).

Newton. — The physiology and pathology of the second dentition.

Nil-Filatow. — Traité de sémiologie infantile (Saint-Pétersbourg, 1898).

Palmer. — Third set of teeth (*Internat. dent.,* Philadelphia, 1897, XVIII).

Rosenthal.— Les dents de lait (*Ann. de la Policlini. de Paris*, VII, 1895).

Raugé. — Sur la chronologie dentaire (*Anat. méd.,* Paris, 1895).

Vignal. — Recherche sur les micro-organismes de la bouche, in *Arch. de physiol.,* 15 nov. 1886 ; *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 6 janvier 1887.

Zolotovitz. — Fièvre éphémère (Thèse de Montpellier, 1880).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !